**Anlage 4 Medikamentenvergabe**

Logo des Veranstalters oder der Veranstaltung

**Einverständniserklärung**

Nur auszufüllen von Eltern, deren Kinder während der Veranstaltung Medikamente einnehmen müssen.

**für die Vergabe von Medikamenten**

|  |  |
| --- | --- |
| Name und Telefonnummer | |
| Name und Nachname des Kindes | Telefonnummer Erziehungsberechtigte für evtl. Rückfragen |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Medikamentenvergabe** | | | | | | |
| **Medikament** | **Form** (Tablette, Tropfen, …) | **Dosierung und Zeitpunkt** der Verabreichung  (bitte Menge und Uhrzeit eintragen) | | | | Besondere **Lagerung** nötig? |
| morgens | mittags | abends | nachts |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| Wichtige Informationen zur Einnahme und Vergabe |
| z.B.: Nüchtern? Besondere Risiken? Etc. |

|  |  |
| --- | --- |
| Mit dieser Einverständniserklärung bevollmächtigen wir die Leitung der Veranstaltung sowie den/die entsprechende/n Medikamentenverantwortliche/n unserem Kind für die Zeit der Veranstaltung  die aufgezählten Medikamente zu verabreichen. | |
| Datum |  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Unterschrift beider Erziehungsberechtigter | |